

PSYCHOTERAPIA 2 (177) 2016
strony: 87-99

Aleksandra Katarzyna Tomaszewicz, Feliks Matusiak, Bartosz Treger

DOŚWIADCZENIE TRAUMY A PERCEPCJA WIĘZI. PORÓWNANIE GRUP MŁODZIEŻY HOSPITALIZOWANEJ W PSYCHIATRYCZNYM ODDZIALE STACJONARNYM Z MŁODZIEŻĄ NIELECZONĄ

THE EXPERIENCE OF TRAUMA AND THE ATTACHEMENT PERCEPTION: A COMPARISON OF HOSPITALIZED ADOLESCENTS WITH UNTREATED ONES

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ
Krakowski Instytut Psychoterapii

**trauma
attachment
adolescents**

Celem pracy była próba przedstawienia powiązań pomiędzy doświadczeniem traumy w relacji z rodzicami a percepcją więzi u młodzieży, która w związku z kryzysem psychicznym została hospitalizowana w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym. Określenie różnic było możliwe dzięki porównaniu grupy klinicznej z grupą młodzieży nieleczonej. Istotne było również zastosowanie narzędzia dotyczącego wydarzeń traumatycznych (CTQ).

Summary: Aim: To bring us closer the problem of interaction between the experience of trauma in relationship with parents and perception of attachment of adolescent patients from a psychiatric hospital. To compare two groups — clinical with untreated adolescents

Method: Seventy people were examined. The clinical group consisted of thirty inpatients of child and adolescent psychiatric hospital. The control group consisted of forty secondary school students. The method was based on the use of questionnaires to survey the perception of relationships (PBI) and trauma (CTQ).

Results: The study showed difference in traumatic experiences between adolescent patients of a psychiatric hospital and the control group. The study identified more emotional neglect in clinical group. The study identified a slight difference in attachment perception. The study indicated connection between trauma and the perception of attachment.

Conclusions: The reporting of trauma, signification of traumatic experience and perception of parental protection are relevant factors in risk of psychiatric hospitalization in adolescence.

Wstęp

Psychoterapeuci pracujący z rodzinami często mają do czynienia z opisami sytuacji o nasilonej patologii, w których wielokrotnie można spotkać się z wydarzeniami głęboko traumatycznymi dla dzieci. Doznawana przemoc przyczynia się do zagrożenia poczucia integralności i niezwykle urazowych następstw w zakresie samooceny. Dziecko za pomocą dostępnych mu sposobów radzenia sobie walczy o ochronę tego, co zdaje się dla niego

najcenniejsze — więzi z rodzicami. Czyni to nawet wówczas, kiedy jedyna dostępna dla niego więź jest frustrująca, krzywdząca i upokarzająca.

Trauma

Trauma to termin pochodzący z języka greckiego, oznaczający przebicie skóry, uszkodzenie powłoki ciała, w medycznym rozumieniu tego słowa oznacza uszkodzenie tkanek [1]. Freud [2] posługując się metaforą traumy podkreślał, iż umysł pod wpływem wydarzeń może doznać uszkodzenia. Zaznaczył tym samym, że umysł posiada warstwę ochronną, która w przypadku ingerencji silniejszej niż możliwości obrony zostaje uszkodzona. Zainteresowanie zjawiskiem traumy pojawiło się na początku XIX wieku, kiedy to francuski neurolog Jean-Martin Charcot tłumaczył występowanie objawów histerycznych jako następstwo urazowego doświadczenia zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego [1]. W 1980 roku do amerykańskiej klasyfikacji DSM-III po raz pierwszy wprowadzono pojęcie opisujące konsekwencje doświadczeń traumatycznych, które określono zespołem stresu pourazowego (PTSD) [3]. U ofiar urazów często identyfikowano występowanie objawów psychopatologicznych [4]. Badania Bryera [5] donoszą, że kobiety, które doświadczały przemocy fizycznej lub seksualnej, osiągają wyższe wyniki w testach mierzących somatyzację, depresję, ogólny niepokój, nasilenie fobii, nadwrażliwość w kontaktach społecznych, paranoję i „psychotyzm” (rozumiany jako objawy dysocjacji). Badania Lipschitz [6] wskazują, iż 61% pacjentów klinik psychiatrycznych ma za sobą doświadczenia zaniedbania fizycznego oraz emocjonalnego. Według Goodmana [7] wśród dorosłych pacjentów psychiatrycznych: 61% było zaniedbywanych emocjonalnie; 37% wykorzystywanych seksualnie; 44% doświadczyło przemocy fizycznej; 52% było nadużytych emocjonalnie; 61% zaniedbanych fizycznie. W badaniu Stein i współ. [8] ustalono, że u pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń lękowych współczynnik przemocy seksualnej doświadczonej w dzieciństwie wynosił 45,1%, natomiast w grupie kobiet nieleczonych wynosił 15,4%. W przypadku lęku napadowego 60% pacjentek w dzieciństwie padło ofiarą przemocy seksualnej, w porównaniu z 31% w grupie kobiet z rozpoznaniem innych zaburzeń lękowych. Znaczny wpływ na wyjaśnienie PTSD ma teoria Horowitza [9], zgodnie z którą traumatyczny uraz mieści w sobie dużą ilość zewnętrznych i wewnętrznych (będących odpowiedzią fizjologiczną) informacji, nieprzystających do istniejących systemów poznawczych jednostki. Niemożliwość przetworzenia tych informacji zostawia je poza świadomością, gdzie pozostają w nieprzetworzonej formie (niedostosowanej do możliwości psychologicznych). Dzięki mechanizmom obronnym, takim jak wyparcie, izolacja i rozszczepienie, nieprzetworzone „traumatyczne” informacje początkowo nie działają destrukcyjnie. Po pewnym jednak czasie przechodzą na poziom świadomości i zostają przetworzone. Zjawisko to określono jako intruzję (wdzieranie się). Faza intruzywna zawiera wiele poznawczych i emocjonalnych objawów PTSD, przede wszystkim bolesne odtwarzanie i nadreaktywność. Te doświadczenia pociągają za sobą proces zaprzeczenia, tworzący obronną postawę przystosowania. Zatem straumatyzowana osoba znajduje się pomiędzy intruzywnym przeżywaniem a zgeneralizowanym wycofaniem (stępieniem uczuciowym), dopóki nie dojdzie do zintegrowania doświad-

czenia traumatycznego [10]. De Masi [11] korzystając z prac LeDoux [12] sugeruje, że obezwładniający lęk typowy dla zespołu lęku napadowego jest uwięziony w obwodzie jądra migdałowego/układu limbicznego i nie zostaje przetworzony w korze mózgu. Dlatego wyimaginowane zagrożenia — często zakorzenione w dawnych urazach — nie są odróżniane od realnych. Trauma odzwierciedla się więc w centralnym układzie nerwowym, a tym samym w emocjach i ciele [13]. Jednakże to, co zawiera pamięć autobiograficzna może być rozdzielone na fakt i emocje temu towarzyszące. Fakty są łatwiej przypominane niż towarzyszące i skojarzone z nimi emocje. Pamięć emocji może odłączyć się od pamięci wydarzeń. Zatem pamięć wydarzeń traumatycznych jest istotnym zagadnieniem, mającym znaczenie w badaniach nad konsekwencjami urazu psychicznego traumy i przywiązania.

Badania wskazują, że doświadczenie traumy w dzieciństwie jest związane z [za: 14]: większym ryzykiem używania substancji psychoaktywnych [15], używania alkoholu w okresie adolescencji [16], zachowań przemocowych [17], trudności z koncentracją uwagi [18], depresją [19], lękiem [20] oraz większym ryzykiem samobójstw w okresie preadolescencji [21].

Przywiązanie

Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego jest, obok teorii relacji z obiektem, najważniejszą koncepcją opisującą rozwój więzi. W trzech książkach, wydanych w latach 1969–1980, Bowlby opisał potrzebę bliskich relacji jako podstawową dla możliwości przetrwania. Autor traktował doświadczenie relacji jako „matrycę” przyszłych związków i podkreślał jej znaczenie w kształtowaniu się późniejszego kontaktu z otoczeniem. Uważał, że doświadczenie więzi lub jej deficyt wpływa na kształtowanie się obrazu siebie, samoocenę, jak również na rozwój poznawczy [22–24]. Opis zaburzenia więzi pomiędzy najbliższym opiekunem a wchodzącym w świat dzieckiem stał się podwaliną nowego paradygmatu [25, 26]. Szczegółowy opis dotyczący rozwoju i podstawowych tez koncepcji przywiązania Bowlby'ego znacząco wykracza poza ramy niniejszego opracowania, dlatego autorzy zdecydowali się wspomnieć w tej części jedynie o wybranych jej aspektach, istotnych z punktu widzenia przeprowadzonych badań.

Trauma a przywiązanie

Teoria przywiązania w dużej mierze jest teorią traumy [27]. W literaturze silnie reprezentowany jest pogląd o relacji między bezpieczeństwem przywiązania a traumą. Dzieci i dorośli, którzy są straumatyzowani, z większym prawdopodobieństwem będą prezentować pozabezpieczny styl przywiązania [28, 29], a styl przywiązania prezentowany przez niemowlę z dużym prawdopodobieństwem prezentowany będzie także przez osobę dorosłą. Van Ijzendoorn [30] w metaanalizie 18 doniesień oszacował to prawdopodobieństwo na 75%. Longitudinalne badanie stylu przywiązania młodzieży w wieku lat czternastu, a następnie dwudziestu pięciu [31] wykazało, że u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie w wieku lat czternastu styl przywiązania badany po jedenastu latach można było określić z dużym prawdopodobieństwem jako lękowy. Jednakże wpływ tych faktów na adolescentów i na etap pośredniczący pomiędzy dzieciństwem a dorosłością

nie został zbadany w sposób satysfakcjonujący. Pewnych danych dostarczają badania Shapiro i Levendosky [32], wykazano w nich albowiem pośredniczącą rolę stylu przywiązania w strategiach radzenia sobie młodzieży wykorzystanej seksualnie. Bezpieczne przywiązanie było ujemnie związane z używaniem prewencyjnych strategii radzenia sobie. Przywiązanie stanowiło więc rolę mediatora pomiędzy traumą wykorzystania seksualnego a poziomem dystresu badanych. Hocking z zespołem [33] wskazali na pośredniczącą rolę lękowego wzoru przywiązania pomiędzy doświadczeniem traumy w dzieciństwie i ponownie w okresie dorosłości. Natomiast Wiltgen z zespołem [34] podkreślili pośredniczącą rolę unikowego wzoru przywiązania pomiędzy doświadczeniem traumy po 16. roku życia a klinicznymi objawami lęku u dorosłych pacjentów szpitala psychiatrycznego.

Mentalizacja

Peter Fonagy jest współczesnym kontynuatorem badań nad więzią w kontekście jej wpływu na psychopatologię. Szczególny nacisk, w rozwoju i poszerzaniu klasycznej teorii, kładzie na procesy rozwojowe z uwzględnieniem ich zakłóceń. Ten wybitny badacz skupia się na emocjonalnej więzi dziecka z opiekunem, która według niego stanowi fundament w tworzeniu psychicznego funkcjonowania człowieka. Fonagy poddaje analizie konsekwencje nabywania umiejętności psychologicznych w procesie rozwoju i badał skutki zakłóceń na tym polu w kontekście relacji. Twierdzi [35], że nabywanie przez dzieci umiejętności poznawczych i emocjonalnych dokonuje się dzięki stabilnej, bezpiecznej więzi i bez niej nie jest możliwe.

Współcześnie mentalizacja stanowi najważniejsze pojęcie w teorii przywiązania [36]. Zdaniem Fonagy'ego [37] jest ona procesem dokonującym się pod wpływem dostrajania się opiekunów do stanu emocjonalnego dziecka. Dziecko odzwierciedla siebie w umyśle opiekuna i uwewnętrznia tę reprezentację. Mentalizacja opisuje rozumienie stanów psychicznych (mentalnych) swoich, jak i innych ludzi. Jest zdolnością do postrzegania motywacji własnych i cudzych zachowań jako wynik subiektywnych stanów psychicznych. Staje się również adekwatnym do rzeczywistości rozumieniem psychologicznym siebie i innych, a nie tylko reagowaniem czy doświadczaniem. Proces mentalizacji dokonuje się poprzez istnienie ufnej więzi, dzięki działaniom opartym na umiejętności obserwowania przez opiekuna wewnętrznego świata dziecka oraz psychicznej i fizycznej jego dostępności.

Cel badania

Celem badania było określenie różnic pomiędzy grupą młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie a grupą młodzieży nieleczzonej w zakresie doświadczenia traumy, percepcji przywiązania, a także związków pomiędzy nimi. Prezentowane w artykule wyniki badań są fragmentem pracy doktorskiej dr. n. med. Bartosza Tregera pt. „Doświadczenie traumy i więzi w dzieciństwie a obraz siebie i mechanizmy obronne u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie” — powstałej pod kierunkiem dr hab. n. hum. Barbary Józefik, prof. UJ [38, 39]. Na badania wyraziła zgodę Komisja Bioetyczna (opinia nr KBET/42/B/2009). Badanie nie było sponsorowane.

Material

Grupę kliniczną stanowili pacjenci w wieku adolescencyjnym od piętnastego do dziewiętnastego roku życia, którzy zostali po raz pierwszy przyjęci na oddział stacjonarny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży SU w Krakowie, gdzie zostali zdiagnozowani psychiatrycznie wg ICD-10 i podjęto ich leczenie. Z badanej grupy wyłączono pacjentów w aktywnym procesie psychozy, a także osoby z ilorazem inteligencji poniżej 80 punktów (badanie za pomocą testu WISC-r, WAIS-r). Grupa kliniczna liczyła 30 osób — 15 dziewcząt i 15 chłopców. Średni wiek badanych wyniósł 16 lat i 4 miesiące, najmłodszy uczestnik badania miał 15 lat i 4 miesiące, a najstarszy 17 lat i 6 miesięcy. Kryterium włączenia do badań była pierwszorazowa hospitalizacja psychiatryczna. Grupa badana była heterogenna pod kątem rozpoznań: zaburzenia zachowania i emocji — 9; jadłowstręt psychiczny — 6; zaburzenia adaptacyjne — 5; zaburzenia lękowo-depresyjne — 3; zaburzenia lękowe — 7.

Grupę kontrolną stanowiła młodzież nie objęta leczeniem psychiatrycznym, liczyła 41 osób. Średni wiek w tej grupie to 16 lat i 9 miesięcy, najmłodszy badany miał 15 lat i 9 miesięcy, a najstarszy — 17 lat i 8 miesięcy. Grupy nie różniły się statystycznie pod względem wieku, płci, rodzaju szkoły, miejsca zamieszkania, struktury rodziny, wykształcenia rodziców i ich pracy.

Metoda

W badaniu własnym zostały użyte poniższe narzędzia:

1. Kwestionariusz traumy w dzieciństwie (Childhood Trauma Questionnaire CTQ) (D.P. Berstein, L. Fink, L. Handelsman, J. Foote, M. Lovejoy, K. Wenzel, E. Sapareto, J. Ruggerio; 1998) w tłumaczeniu polskim J. Bomby, K. Szwajcy i B. Tregera.

Do badania doświadczenia traumy użyto kwestionariusza traumy w dzieciństwie (CTQ). Jest to inwentarz autorelacji, dostarczający przesiewowego opisu historii nadużycia i zaniedbań, który nadaje się do badania adolescentów (powyżej 12. roku życia) i dorosłych. CTQ pyta o pięć typów maltretowania: nadużywanie emocjonalne, fizyczne (cielesne), seksualne, zaniedbanie emocjonalne, zaniedbanie fizyczne. Kwestionariusz zawiera też 3-itemową skalę minimalizacji / zaprzeczenia w celu wykrywania fałszywie negatywnych relacji o nadużyciu. Pierwsze badanie przeprowadzono za pomocą 70-itemowego CTQ [40]. Stwierdzono dobrą rzetelność i trafność, łącznie z rzetelnością test-retest po 2 i 6 miesiącach [41]. Opracowano skróconą wersję CTQ, która zawiera 28 itemów, jej użyteczność w badaniach klinicznych i innych zbadano w trzech różnych próbach [42]: 378 dorosłych nadużywających substancji, 396 adolescentów w szpitalu psychiatrycznym oraz 899 przypadkowo wybranych kobiet z organizacji prozdrowotnej. Analiza wykazała, że itemy skróconej wersji CTQ mają zasadniczo takie samo znaczenie w grupach klinicznych i pozaklinicznych, wzmacniając używanie 28-itemowej CTQ jako przesiewowego narzędzia w różnych populacjach [42]. W warunkach polskich za jego pomocą prowadzono wyłącznie jedno badanie [43], które było wykonane na grupie dorosłych.

2. Kwestionariusz oceny relacji z rodzicami (Parental Bonding Instrument PBI) (G. Parker, H. Turpin, L.B. Brown, 1983).

Do badania percepcji więzi użyto kwestionariusza oceny relacji z rodzicami (PBI), stworzonego przez Parkera, Turpina i Browna w 1983 roku, w tłumaczeniu dr Agnieszki Popiel. W 1990 roku Wilhelm i Parker potwierdzili, w badaniach nad grupą studentów, zadowalającą stałość wyników w czasie [44]. W swoich badaniach nad narzędziem Parker wykazał jego zadowalającą trafność i niezależność wyników badania od zmian nastroju [45]. PBI został skonstruowany do badania związku rodzic–dziecko, przeznaczony jest dla osób od 15. roku życia. Kwestionariusz składa się z 25 stwierdzeń opisujących zachowanie matek i ojców, ocenianych na czteropunktowej skali Likerta. Z 25 stwierdzeń 12 dotyczy opieki, a 13 kontroli. Wymiary opieki i kontroli są dwubiegunowe, co oznacza, że badają opiekę — odrzucenie oraz kontrolę — autonomię. Optymalne relacje definiowane są jako kombinacja wysokiej opieki i niskiej kontroli. Wysokie wyniki w skali opieki odzwierciedlają uczuciowość, ciepło w relacji z dzieckiem, a niskie sugerują odrzucenie, chłód i obojętność. Wysokie wyniki w skali kontroli sugerują nadmierne ingerowanie w sprawy dziecka, nadmierne nim sterowanie, aktywne zachęcanie do psychologicznej zależności, natomiast niskie wyniki wskazują na promowanie niezależności i autonomii. Bazą teoretyczną narzędzia stała się koncepcja Winnicotta, odnosząca się do teorii przywiązania Bowlby’ego. Kwestionariusz Parental Bonding Instrument (PBI) jest narzędziem do oceny percepcji kontroli i nadopiekuńczości ze strony opiekunów. Badanie rzetelności polskiej wersji skal kwestionariusza PBI dokonane zostało na podstawie oceny współczynnika wewnętrznej spójności alfa Cronbacha. Uzyskane wyniki (alfa > 0,70) świadczą o zadowalającej rzetelności całości kwestionariusza oraz poszczególnych jego skal. W warunkach polskich narzędzie stosowane jest od kilku lat [46–48].

Wyniki

1. Ocena różnic pomiędzy grupami w zakresie doświadczenia traumy (CTQ)

Przeprowadzona została analiza z użyciem testu Manna-Whitneya (nieparametryczny odpowiednik testu t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych, jego zastosowanie wynika z niespełnienia podstawowego założenia testu t o normalności rozkładu badanej zmiennej w obu grupach). Wyniki statystycznie istotne na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ (tabela 1).

Uzyskane wyniki (tabela 2) wskazują na istotnie wyższe wyniki w grupie klinicznej w zakresie skal: nadużycia emocjonalnego (mediana 9,5 vs. 7,0), nadużycia cielesnego (mediana 6,0 vs. 5,0), kłamstwa (mediana 5,0 vs. 3,0). Wyniki skali zaniedbania uczuciowego były wyższe natomiast w grupie kontrolnej (mediana 22,0 vs. 16,0). Wyniki skal nadużycie seksualne oraz zaniedbanie fizyczne nie różnicowało grup.

2. Ocena różnic pomiędzy grupami w zakresie percepcji przywiązania (PBI)

Przeprowadzona została analiza za pomocą testu t-Studenta dla zmiennych niezależnych dla skali O-K (kontrola ojca). Dla pozostałych badanych skal wykorzystano jego nieparametryczny odpowiednik, tj. test Manna-Whitneya. Na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Na poziomie istotności $\alpha = 0,1$ skala M-O (opieka matki) różnicowała grupy. Wyższą opiekuńczość relacjonowały osoby z grupy kontrolnej.

3. Analiza korelacji pomiędzy doświadczeniem traumy a percepcją przywiązania w poszczególnych badanych grupach

Tabela 1. Doświadczenia traumatyczne badane kwestionariuszem CTQ w grupie klinicznej

	Nadużycie emocjonalne	Nadużycie cielesne	Nadużycie seksualne	Zaniedbanie uczuciowe	Zaniedbanie fizyczne	Kłamstwo
Ważne	30	30	30	30	30	30
Braki danych	0	0	0	0	0	0
Średnia	10,53	7,27	5,23	16,87	11,97	4,83
Błąd standardowy średniej	0,849	0,638	0,233	0,997	0,316	0,401
Mediana	9,50	6,00	5,00	16,00	12,50	5,00
Dominanta	5	5	5	15	13	5
Odchylenie standardowe	4,652	3,493	1,278	5,463	1,732	2,198
Minimum	5	5	5	6	8	1
Maksimum	21	20	12	25	15	9

Tabela 2. Doświadczenia traumatyczne badane kwestionariuszem CTQ w grupie kontrolnej

	Nadużycie emocjonalne	Nadużycie cielesne	Nadużycie seksualne	Zaniedbanie uczuciowe	Zaniedbanie fizyczne	Kłamstwo
Ważne	41	41	41	41	41	41
Braki danych	1	1	1	1	1	1
Średnia	7,66	5,49	5,27	20,44	12,68	3,41
Błąd standardowy średniej	0,394	0,192	0,171	0,636	0,222	0,294
Mediana	7,00	5,00	5,00	22,00	13,00	3,00
Dominanta	5	5	5	24	13	3
Odchylenie standardowe	2,526	1,227	1,096	4,075	1,422	1,884
Minimum	5	4	5	12	10	1
Maksimum	14	10	10	25	17	9

Tabela 3. Analiza korelacji percepcji przywiązania i traumy w grupie kontrolnej

	PBI Matka-Kontrola	PBI Matka-Opieka	PBI Ojciec-Kontrola	PBI Ojciec-Opieka
Nadużycie emocjonalne	R = 0,198 p = 0,215	R = -0,401 p = 0,009	R = 0,146 p = 0,363	R = -0,448 p = 0,003
Nadużycie cielesne	R = 0,146 p = 0,363	R = -0,049 p = 0,760	R = 0,353 p = 0,024	R = -0,057 p = 0,723
Nadużycie seksualne	R = 0,005 p = 0,967	R = 0,214 p = 0,180	R = 0,157 p = 0,326	R = 0,010 p = 0,951
Zaniedbanie uczuciowe	R = -0,199 p = 0,211	R = 0,594 p = 0,000	R = -0,130 p = 0,416	R = 0,668 p = 0,000
Zaniedbanie fizyczne	R = -0,363 p = 0,020	R = 0,354 p = 0,023	R = 0,012 p = 0,943	R = 0,390 p = 0,012
Kłamstwo	R = -0,097 p = 0,548	R = -0,060 p = 0,709	R = 0,032 p = 0,841	R = -0,323 p = 0,040

W zależności od spełnienia lub niezakożenia o normalności rozkładów, przy weryfikacji hipotez, zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona lub jego nieparametryczny odpowiednik, tj. współczynnik korelacji rang Spearmana.

1. Skala nadużycia emocjonalnego koreluje ujemnie ze skalami opieki matki i ojca.
2. Skala nadużycia cielesnego koreluje dodatnio ze skalą kontroli ojca.
3. Skala zaniedbania uczuciowego koreluje dodatnio ze skalami opieki matki i ojca.
4. Skala zaniedbania fizycznego koreluje dodatnio ze skalami opieki ze strony ojca i matki oraz ujemnie ze skalą kontroli matki.

Tabela 4. Analiza korelacji percepcji przywiązania i traumy w grupie klinicznej

	PBI Matka-Kontrola	PBI Matka-Opieka	PBI Ojciec-Kontrola	PBI Ojciec-Opieka
Nadużycie emocjonalne	R = 0,248 p = 0,187	R = -0,661 p = 0,000	R = 0,365 p = 0,073	R = -0,456 p = 0,022
Nadużycie cielesne	R = 0,216 p = 0,251	R = -0,162 p = 0,392	R = 0,522 p = 0,007	R = -0,216 p = 0,301
Nadużycie seksualne	R = -0,226 p = 0,230	R = -0,291 p = 0,118	R = -0,269 p = 0,193	R = -0,298 p = 0,149
Zaniedbanie uczuciowe	R = -0,137 p = 0,471	R = 0,851 p = 0,000	R = -0,290 p = 0,160	R = 0,581 p = 0,002
Zaniedbanie fizyczne	R = -0,095 p = 0,617	R = 0,303 p = 0,104	R = -0,181 p = 0,387	R = 0,151 p = 0,470
Kłamstwo	R = 0,217 p = 0,248	R = -0,005 p = 0,979	R = 0,060 p = 0,777	R = -0,176 p = 0,401

1. Skala nadużycia emocjonalnego koreluje ujemnie ze skalami opieki matki oraz ojca.
2. Skala nadużycia cielesnego koreluje dodatnio ze skalą kontroli ze strony ojca.
3. Skala zaniedbania uczuciowego koreluje dodatnio ze skalami opieki ze strony ojca, jak i matki.

Omówienie wyników

Grupa kliniczna, składająca się z pacjentów w wieku adolescencyjnym, którzy przebywali na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym, doświadczała większej liczby wydarzeń traumatycznych w zakresie nadużycia emocjonalnego oraz nadużycia cielesnego. Wyniki takie korespondują z cytowanymi wcześniej doniesieniami z literatury przedmiotu [6–8]. Większe zaniedbanie uczuciowe relacjonują adolescenty z grupy nieleczzonej psychiatrycznie, może to wskazywać na to, że młodzież bez doświadczeń leczenia psychiatrycznego jest bardziej wrażliwa na przejawy zaniedbania uczuciowego. Koresponduje to z odkryciami Fonagy’ego dotyczącymi mentalizacji, wskazującymi, że osoby doznające adekwatnej opieki mogą wytworzyć zdolność do postrzegania subtelnych emocjonalnych składników relacji [49]. Ponadto, wydaje się możliwe, że proces dorastania, a w szczególności proces koindywidualizacji, może odgrywać w tym przypadku ważną rolę. Oddalanie się emocjonalne adolescentów od rodziców powoduje ich reakcję, która może polegać na mniejszym wiązaniu, „przyciąganiu”, co przez młodzież może być odczytywane jako zaniedbanie uczuciowe.

Percepcja więzi tylko nieznacznie różnicowała grupę kliniczną i kontrolną, różnica dotyczyła opieki ze strony matki, wyższą opiekuńczość relacjonowały osoby z grupy kontrolnej. Zależność ta jednak ujawniła się przy $\alpha = 0,1$. Być może na wyniki istotny wpływ miały zmienne, o których mowa w badaniach porównujących narzędzie używane w pracy własnej — PBI z wywiadem diagnozującym styl przywiązania u dorosłych, tj. AAI (Adult Attachment Interview). Wnioski z przeprowadzonego badania korelującego te dwa narzędzia wnoszą, iż idealizacja relacji z matką lub znaczny gniew na nią w chwili badania wpływały niekorzystnie na rzetelność wyniku w teście PBI [50]. Pacjenci podczas hospitalizacji znajdują się w momencie poważnych kryzysów psychicznych, którym towarzyszą również kryzysy relacyjne uwidaczniające się w złości na opiekunów podejmujących zgodę na leczenie stacjonarne. Istnieje prawdopodobieństwo, iż osobom z grupy klinicznej w trakcie pierwszej hospitalizacji trudno było adekwatnie percypować więź z opiekunami. Dodatkowo, 6 osób z grupy klinicznej było hospitalizowanych w związku z zaburzeniami jedzenia o typie jadłowstrętu psychicznego. Doświadczenia kliniczne wskazują, że młodzieźowi pacjenci z tej grupy, szczególnie na początku leczenia, często idealizują relacje wewnątrzrodzinne. Fakt ten może zatem mieć związek z brakiem wyraźnie istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie percepcji więzi.

Ostrożnie należy również interpretować wyniki uzyskane w badaniu zależności traumy i percepcji więzi, mimo iż wydają się ważne dla rozumienia wzajemnych zależności. Jakkolwiek, wynik wskazujący na niższą percepcję opiekuńczości matki w grupie klinicznej istotny był jedynie na poziomie tendencji, to w badaniu związku traumy z przywiązaniem wyraźnie widać istotną zależność pomiędzy percepcją opiekuńczości obojga rodziców a doświadczeniem nadużycia emocjonalnego. Zależność taką o kierunku ujemnym wykazano w obu badanych grupach. Co ciekawe, wartość współczynnika korelacji mówiąca o sile związku miała większą wartość w grupie klinicznej ($R = -0,661$ vs. $R = -0,401$). Wskazywać to może na rosnącą siłę wzajemnego wpływu traumy emocjonalnej na sposób przeżywania opiekuńczości matki w miarę intensyfikacji doświadczania tego rodzaju traumy.

Nadużycie cielesne, również wyższe w grupie hospitalizowanej, koreluje z percepcją kontroli ze strony ojca. Wynik ten może ostrożnie wskazywać na ojców jako częstszych sprawców przemocy fizycznej.

Trauma zaniedbania uczuciowego związana jest z percepcją opiekuńczości matki i ojca w obu badanych grupach. Większe zaniedbanie uczuciowe relacjonują adolescenti, którzy rzadziej doświadczali nadużycia emocjonalnego i fizycznego. W grupie kontrolnej zwraca uwagę słabsza niż w grupie klinicznej zależność pomiędzy postrzeganą opiekuńczością matki a zaniedbaniem uczuciowym ($R = 0,594$ vs. $R = 0,851$). Uzyskany wynik może ostrożnie wskazywać na to, że osoby mniej traumatyzowane (grupa kontrolna) odważniej adresują swoje dziecięce potrzeby i pragnienia bliskości względem matek stając się tym samym bardziej czuлыми na przejawy zaniedbania z ich strony, zarówno w wymiarze uczuciowym, jak i fizycznym.

Wydaje się zatem, że doświadczenie traumy nadużycia emocjonalnego i cielesnego może intensyfikować związek tego doświadczenia ze sposobem przeżywania opiekuńczości matki. Powyższa obserwacja zdaje się korespondować z doświadczeniami klinicznymi pracy z młodzieżowymi pacjentami doświadczającymi przemocy, gdzie narracja ofiary często staje się dominująca.

Wnioski

W badaniu własnym traumy nadużycia emocjonalnego oraz cielesnego i związana z nimi intensyfikacja znaczenia zależności tych doświadczeń i percepcji opiekuńczości matek stanowią ważny element związany z ryzykiem hospitalizacji psychiatrycznej w okresie adolescencji. Jakkolwiek percepcja opiekuńczości matek różnicowała badane grupy jedynie na poziomie tendencji, to uzyskane wyniki mogą ostrożnie wskazywać na jej pośrednie acz istotne znaczenie dla zachowania i funkcjonowania młodzieży, szczególnie grupy doświadczonej traumą nadużycia. Powyższy wniosek zdaje się korespondować z wynikami Lancaster i wsp., którzy w swoich badaniach wykazali, że skala opiekuńczości matki testu PBI może służyć jako indeks zaniedbania w dzieciństwie [51].

Należy podkreślić, że wnioski z badania muszą być formułowane z dużą ostrożnością, co wynika ze specyfiki i wielkości grupy badanej oraz z kontekstu przeprowadzenia badania, tzn. w pierwszych dwóch dniach hospitalizacji. Zmienna ta może mieć, nieuwzględnione w badaniu, znaczenie dla emocjonalnego i poznawczego funkcjonowania badanych i tym samym na uzyskane wyniki. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że pacjenci przyjmowani na oddział często są w sytuacji konfliktu z rodzicami, które skupiają się wokół objawów lub wokół problemów związanych z separacją [52]. Może to wpływać na sposób postrzegania rodziców. Dodatkowo narzędzia testowe oparte na metodzie „papier i ołówek” mają swoje ograniczenia metodologiczne. Do najważniejszych słabych punktów według Davida Silvermana [za: 53] należy brak głębszego kontaktu z badanym, niejednoznaczność w interpretacji wyników oraz oparcie statystycznych korelacji na arbitralnych zmiennych.

Uzyskane wyniki prowadzą również do konkluzji, że raportowanie nadużycia emocjonalnego może być „łatwiejsze” niż werbalny jego opis. Co oznacza, że wypełnienie kwestionariusza dotyczącego wydarzeń traumatycznych jest łatwiejsze niż udzielenie informacji o traumie w wywiadzie klinicznym. Tym samym narzędzie CTQ może być stosowane jako element posiłkujący diagnozę zarówno psychiatryczną, jak i psychoterapeutyczną. Podkreślenia wymaga fakt, że badanie własne jest pierwszym w Polsce wykorzystaniem testu CTQ w przypadku młodzieży, a drugim w ogóle [43]. Badanie pokazuje, że test posiada walory diagnostyczne i wskazane jest rozwijanie możliwości jego zastosowania.

Piśmiennictwo

1. Micalle MS. Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France. *Med. Hist.* 1990; 34(04): 363–411.
2. Freud Z. Ego i id. W: Freud Z. Poza zasadą przyjemności, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1923/1975, s. 91–143.
3. Caruth C. Explorations in memory. Baltimore/London; JHU Press 1995, s. 3
4. Herman JL. Przemoc — uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998
5. Bryer J. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry* 1987; 144: 1426–1430.
6. Sullivan TP, Fehon DC, Andres-Hyman RC, Lipschitz DS, Grilo M. Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *J. Traum. Stress* 2006; 19: 229–239.

7. Goodman L. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness. *Schizophr. Bull.* 1997; 23: 685–696.
8. Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AI, Ross CA, Eldridge G, Forde DR. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am. J. Psychiatry.* 1996; 153: 275–277.
9. Horowitz MJ. Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: a summary. *Arch. Gen. Psychiatry* 1975; 32: 1475.
10. Heitzman, J. Stres w etiologii przestępstw agresywnych. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
11. De Masi F. The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *Int. J. Psychoanal.* 2004; 85: 311–336.
12. LeDoux J. Mózg emocjonalny: tajemnicze podstawy życia emocjonalnego. Poznań: Media Rodzina; 2000.
13. Elbert T, Schauer M. Burnt into memory. *Nature.* 2002; 419: 883.
14. Erikson E. Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”; 2000
15. Lo CC, Kim YS, Church WT. The effects of victimization on drug use: a multilevel analysis. *Subst. Use Misuse* 2008; 43(10): 1340–1361.
16. Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M, Anda RF. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J. Adolesc. Health.* 2006; 38(4): 444–e1.
17. Hosser D, Raddatz S, Windzio M. Child maltreatment, revictimization, and violent behavior. *Viol. Vict.* 2007; 22(3): 318–333.
18. Thompson R, Tabone JK. The impact of early alleged maltreatment on behavioral trajectories. *Child Abuse & Neglect* 2010; 34(12): 907–916.
19. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62(1): 13–27.
20. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield CH, Perry BD, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur. Arch. Psych. Clin. Neurosci.* 2006; 256(3): 174–186.
21. Taussig HN, Harpin SB, Maguire SA. Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreat.* 2014; 19(1): 17–26.
22. Bowlby J. Attachment. Attachment and loss. Vol. 1. New York: Basic Books; 1999.
23. Bowlby J. Separation: Anxiety & anger. Attachment and loss (vol. 2); (International psycho-analytical library no. 95). London: Hogarth Press; 1973.
24. Bowlby J. Loss: sadness & depression. Attachment and loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no. 109). London: Hogarth Press; 1980.
25. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: assessed in strange situation and at home. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
26. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth edition DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
27. Iniewicz G. Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42 (5): 671–682.

28. Crittenden PM. Relationships at risks. W: Belsky J, Nezworski T. red. Clin. Implic. Attach. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988. s. 136–177.
29. Egeland B, Sroufe A. Attachment and early maltreatment. *Child Dev.* 1981; 52: 44–52.
30. Van IJ Zendoorn, M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol. Bull.* 1995; 117(3): 387–403.
31. Allen JP, Hauser ST. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year-follow-up study. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1996; 64: 254–263.
32. Shapiro DL, Levendosky AA. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse Negl.* 1999; 23: 1175–1191.
33. Hocking EC, Simons RM, Surette RJ. Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse Negl.* 2016; 52: 94–101.
34. Wiltgen A, Arbona C, Frankel L, Frueh BC. Interpersonal trauma, attachment insecurity and anxiety in an inpatient psychiatric population. *J. Anx. Dis.* 2015; 35: 82–87.
35. Fonagy P. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
36. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
37. Fonagy P. An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull. Menn. Clin.* 1998; 62: 147–169.
38. Treger B. Doświadczenie traumy i więzi w dzieciństwie a obraz siebie i mechanizmy obronne u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, 2011.
39. Treger B, Matusiak F, Pilecki MW, Rogoż M. Związek pomiędzy obrazem siebie a repertuarem stosowanych mechanizmów obronnych w grupie pacjentów młodzieżowych leczonych psychiatrycznie. *Psychiatr. Pol* 49; 4 (2015): 747–756.
40. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151: 1132–1136.
41. Fink A, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1329–1335.
42. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36: 340–348.
43. Szwajca K. Uwarunkowania transgeneracyjnego przekazu traumy u potomstwa osób ocalałych z Holocaustu. Praca doktorska. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009.

44. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth edition DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
45. Strelau J. Psychologia — Podręcznik akademicki, Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
46. Horecka-Lewitowicz A. Czynniki rodzinne i wybrane uwarunkowania socjalno-bytowe w grupie dzieci 10–16 lat z rozpoznaniem zaburzeń zachowania. Rozprawa doktorska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2006.
47. Matusiak F. Percepcja więzi w kontekście psychopatologii oraz mechanizmów obronnych — Praca magisterska. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2009.
48. Józefik B, Iniewicz G, Ulańska R. Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 665–676.
49. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2008; 48(4): 1129–1146.
50. Manassis K, Owens M, Adam KS, West M, Sheldon-Keller AE. Assessing attachment: convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1999; 33(4): 559–567.
51. Lancaster G, Rollinson L, Hill J. The measurement of a major childhood risk for depression: comparison of the Parental Bonding Instrument (PBI) 'Parental Care' and the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) 'Parental Neglect'. *J. Affect. Disord.* 2007; 101(1): 263–267.
52. Namysłowska I, Siewierska A. Terapia rodzinna dzieci i młodzieży w oddziale psychiatrycznym — możliwości i ograniczenia. *Psychoter.* 2007; 2: 5–10.
53. Janusz B, Bobrzyński J, Furgal M, de Barbaro B, Gdowska K. O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 2010; 1: 5–11.

Adres: a.k.tomasiewicz@gmail.com